

表 3 3 组血清标志物检测阳性率对比 n(%)

组别	n	MMP-9	HE4	CA125
对照组	60	6(10.0)	4(6.6)	7(11.6)
研究 1 组	60	16(26.6)	6(10.0)	22(36.6)
研究 2 组	60	46(76.6) ^a	50(83.3) ^a	38(63.3) ^a

注:与对照组和比较研究 1 组,^a $P < 0.05$

表 4 三种血清标志物单独及联合检测的灵敏度与特异性对比 (%)

项目	灵敏度	特异性
MMP-9	63.3	74.4
HE4	83.3	91.1
CA125	76.7	81.1
MMP-9 + HE4 + CA125	93.3	96.7

3 结论

CA125 是一种高分子糖蛋白,常用于卵巢癌诊断,虽然具有较高的灵敏度,但其特异性较低,在早期卵巢癌诊断中其诊断准确率较低,月经期、妊娠期或卵巢囊肿、子宫内膜异位症、盆腔炎症等良性疾病患者体内 CA125 水平也会升高,因此其临床应用价值较低⁽⁵⁾。HE4 是一种酸性蛋白,在卵巢癌组织中高表达,而在健康卵巢组织中低表达或不表达,因此 HE4 常用于诊断早期卵巢癌;研究表明,HE4 在早期卵巢癌诊断中具有较高的灵敏度和特异性,可作为卵巢癌早期诊断的有效方法⁽⁶⁾。MMP-9 是 IV 型胶原酶,主要由炎性细胞、巨噬细胞、上皮细胞等产生,可水解弹性蛋白、胶原蛋白等多种蛋白,与肿瘤发展有着密切关系。研究表明,MMP-9 与结肠癌、肺癌、膀胱癌、胃癌、前列腺癌、乳腺癌等多种肿瘤的发展有关,且随着病情的严重程度的增加其水平随之升高⁽⁷⁾。研究表明,MMP-9 在卵巢癌诊断中具有良好的应用价值⁽⁸⁾。

通过本次研究发现,卵巢癌患者血清 MMP-9、HE4、CA125 显著高于对照组,且随着癌症分期的提高其水平随之上升。研究组 MMP-9、HE4、CA125 检测的阳性率显著高于其

他两组。结果可见,血清 MMP-9、HE4、CA125 水平可作为诊断卵巢癌的指标。在卵巢癌诊断中,血清 MMP-9、HE4、CA125 联合检测的灵敏度与特异性显著高于 MMP-9、HE4、CA125 单独检测。结果说明,血清 MMP-9、HE4、CA125 联合检测可显著提高卵巢癌早期诊断的灵敏度及特异性,增强检测准确率,具有较高的诊断价值。

综上所述,血清 MMP-9、HE4、CA125 联合检测可弥补单项检测的不足,提高卵巢癌早期诊断的灵敏度及特异性,具有较高的临床诊断价值。

参考文献

- (1) 李秋荣,李建军.血清人附睾分泌蛋白 4、糖类抗原 125 联合应用于卵巢癌风险判定法则的临床研究(J).中国实用医刊,2015,42(1):75-76.
- (2) 邱振华,王茂生,杨长福,等.卵巢癌患者血清糖链抗原 125 联合人附睾上皮分泌蛋白 4 及可溶性间皮素相关肽测定临床价值(J).中华实用诊断与治疗杂志,2015,29(6):583-585.
- (3) 刘玉钦,李永川,邢玥,等.卵巢癌患者血清中人附睾分泌蛋白 4、糖类抗原 125 和 B7 同源体 4 表达及意义(J).中国老年学,2016,36(17):4242-4244.
- (4) 牟永平,崔宏伟,斯琴,等.人附睾分泌蛋白 4 和糖类抗原 125 对卵巢癌诊断意义(J).国际检验医学杂志,2016,37(20):2805-2807.
- (5) 程敏麒.人附睾分泌蛋白 4 和糖类抗原 125 水平检测在卵巢癌诊断中的价值(J).实用临床医药杂志,2015,19(1):72-74.
- (6) 李轲,谢付静,李军.血清人附睾蛋白 4 联合糖类抗原 125 检测对浆液性卵巢癌的诊断价值(J).山东医药,2016,56(9):79-80.
- (7) 文芳,管聘,杨英捷,等.上皮性卵巢癌中 CXCR4 与 MMP-9 的表达及其相关性研究(J).贵阳医学院学报,2017,42(3):332-336.
- (8) 黄雪梅,赵咏梅,蒲泽晏,等.血清 CA125、HE4 及 MMP-9 联合检测在卵巢癌早期诊断中的临床价值研究(J).标记免疫分析与临床,2016,23(9):1029-1032.

奥美拉唑联合抗生素治疗胃溃疡的疗效及不良反应观察

洪丽娜(厦门大学附属第一医院药学部 厦门 361000)

摘要:目的 分析研讨奥美拉唑联合抗生素治疗胃溃疡疾病的临床疗效和不良反应。方法 随机从我院 2015 年 8 月至 2016 年 12 月期间收治的胃溃疡患者中,抽取 80 例纳入到讨论中,用随机数字法分两组,每组各 40 例,对照组接受西咪替丁片、阿莫西林、甲硝唑片药物治疗,研究组接受阿莫西林、甲硝唑片、奥美拉唑药物治疗,观察治疗状况,如治疗疗效、不良反应等,并对比分析状况。结果 研究组治疗总疗效 90% 高于对照组 75%,组间数据有统计学意义($P < 0.05$)。研究组总不良反应发生率 7.50% 低于对照组 20%,组间数据有统计学意义($P < 0.05$)。对比 SF-36 评分,包含 MH、RE、SF、VT、GH、BP、RP、PF 等方面,研究组评分均高于对照组,组间数据有统计学意义($P < 0.05$)。结论 临床治疗胃溃疡疾病可考虑给予奥美拉唑联合抗生素药物治疗,此方式疗效突出,且安全可靠,值得应用和推广。

关键词: 疗效; 抗生素; 胃溃疡; 奥美拉唑; 不良反应

中图分类号: R969.4 文献标识码: B 文章编号: 1006-3765(2017)-11-08151-0100-03

临床消化系统中较为常见的一种疾病则为胃溃疡⁽¹⁾,祖国医学将其划分到“胃脘痛”的领域中。胃溃疡疾病的发病

机制主要为胃黏膜侵袭和防御因素之间的平衡关系被打破。侵袭因素包含:胆盐、胃酸、幽门螺杆菌、胃蛋白酶、非甾体类抗炎药等^[2]。防御因素指胃黏液-黏膜屏障、多种胃肠激素、黏膜细胞再生和更新能力、内源性前列腺素、黏膜血流作用等。现认为胃黏膜和胃酸防御功能减弱、感染幽门螺杆菌属于引发胃溃疡疾病的主要因素。日益较多的临床诊疗表明,消化道疾病和焦虑症、抑郁症等疾病之间的关系较为密切,消化道系统发病与情绪应激、饮食、劳累、工作压力大等多个因素存在关系^[3],也可将其划分到心理疾病范围中。目前治疗胃溃疡疾病的主要药物包含胃黏膜保护药物、根除幽门螺杆菌感染药物、胃酸中和药物、胃酸分泌抑制性药物等。虽临床治疗胃溃疡疾病的种类和药物机制也较多,多给予抗生素治疗,虽可提升此疾病近期愈合率,但其疗效仍然不尽人意。此研究用分组方式研讨 80 例患者,意在分析奥美拉唑联合抗生素治疗胃溃疡疾病的临床疗效和不良反应状况。具体报告如下:

1 资料及方法

1.1 一般资料 用随机数字法分两组研讨 80 例患者,每组各 40 例。对照组:男 23 例,女 17 例,年龄为 32.2 岁~56.4 岁,平均(36.2±4.3)岁,病程时间为 1 年~3.2 年,平均(2.2±0.5)年;研究组:男 22 例,女 18 例,年龄为 32.4 岁~56.7 岁,平均(36.5±4.2)岁,病程时间为 1.2 年~3.3 年,平均(2.3±0.5)年。两组研讨对象基础资料对比,无统计学意义($P>0.05$),有可比性。

入选标准^[4,5]:①此研究经医院伦理会批准后实施,且患者均知晓此次诊治方案,并自愿配合;②患者均有能力接受相应检查;③均接受电子胃镜检查得到确诊;④未合并溃疡并发症,如梗阻、癌变、穿孔、出血等;⑤无十二指肠、胃手术史;⑥无肺、肾、肝、脑、心等器官疾病;⑦未合并肿瘤及消化性溃疡史;⑧入选前一个月未接受胃溃疡治疗。

排除标准^[6,7]:①疾病类型为复合性溃疡者;②合并胃癌、活动性出血、幽门梗阻、穿孔等严重并发症者;③合并肿瘤史者;④肝、肺、肾、脑、心等器官合并疾病者;⑤存在十二指肠、胃部手术史;⑥哺乳期或妊娠患者;⑦正在服用皮质激素、NSAIDs 等药物治疗者;⑧对此研究中所使用的药物过敏,且无法坚持者。

1.2 方法 患者入院后均接受阿莫西林药物治疗(批准文号:国药准字 H20000493,生产单位:山西同达药业有限公司),1 次口服 125mg,1 日 1 次;甲硝唑片(批准文号:国药准字 H43021600,生产单位:湖南湘药制药有限公司),1 日口服

2 次,1 次 0.2g。对照组在以上基础上接受雷尼替丁药物治疗(批准文号:国药准字 H33020128,生产单位:浙江永宁药业股份有限公司),1 次口服 0.5g,1 日 1 次。研究组则在基础治疗上服用奥美拉唑药物(批准文号:国药准字 H20093560,生产单位:太极集团重庆涪陵制药有限公司),1 日口服 10mg,1 日 1 次。两组患者均持续治疗一个月。

1.3 指标判定 治疗疗效依据临床判定标准分显效、有效、无效^[8,9],显效:接受治疗后,无任何症状,溃疡面积缩小>50%;有效:接受治疗后,各症状得到明显改善,但未全部消失,溃疡面积缩小<50%;无效:以上标准均未达到,或有加重。

同时,需记录其不良反应发生状况,并对比。

用 SF-36 量表判定患者生活质量,包含生理职能(RP)、PF、躯体疼痛(BP)、VT、GH、MH、RE、SF 等项目,评分越高则表明越良好。

1.4 统计学方法 研究所得计量资料(t)和计数资料(χ^2)均用统计学软件(SPSS 13.0 版本)分析,计量资料表示为($\bar{x} \pm s$),计数资料表示为 $n(\%)$,若 $P<0.05$,则判定结果存在统计学意义。

2 结果

2.1 治疗疗效 研究组治疗总疗效 90% 高于对照组 75%,组间数据有统计学意义($P<0.05$) (见表 1)。

2.2 不良反应 研究组总不良反应发生率 7.50% 低于对照组 20%,组间数据有统计学意义($P<0.05$) (见表 2)。

表 1 对比两组患者治疗疗效 $n(\%)$

组别	n	显效	有效	无效	总有效
研究组	40	21(52.50)	15(37.50)	4(10.00)	36(90.00)
对照组	40	13(32.50)	17(42.50)	10(25.00)	30(75.00)
χ^2	--	--	--	--	7.7922
P	--	--	--	--	0.0052

2.3 SF-36 评分 对比 SF-36 评分,包含 MH、RE、SF、VT、GH、BP、RP、PF 等方面,研究组评分均高于对照组,组间数据有统计学意义($P<0.05$) (见表 3)。

表 2 对比两组患者不良反应发生状况 $n(\%)$

组别	n	腹胀	胃部烧灼	总发生
研究组	40	1(2.50)	2(5.00)	3(7.50)
对照组	40	3(7.50)	5(12.50)	8(20.00)
t	--	--	--	6.5876
P	--	--	--	0.0010

表 3 对比两组患者治疗后 SF-36 评分 ($\bar{x} \pm s$)

组别	n	MH	RE	SF	VT	GH	BP	RP	PF
研究组	40	73.5±2.6	76.8±1.5	80.6±2.2	78.7±2.4	89.7±1.1	82.4±2.2	81.4±1.6	79.4±0.6
对照组	40	62.4±1.4	65.7±2.1	60.4±2.1	70.4±1.6	72.4±2.3	70.4±1.6	72.4±0.6	64.8±1.3
t	--	23.7735	27.2029	42.0059	18.1989	42.9160	27.8994	33.3105	64.4920
P	--	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000	0.0000

3 讨论

近几年来,随着人们生活方式和生活习惯不断发生变化,

胃溃疡疾病发病率日益增高,临床主要症状为嗝气、腹痛、饱胀、反酸、饥饿不适等,严重者会发生呕血、黑便等症^[10]。

若不及时给予相应有效诊治,会加重疾病病情,甚至造成出血、穿孔等现象。此疾病发病机制较为复杂,大部分和患者感染幽门螺杆菌、生活方式、饮食结构等存在关系。同时也有研究指出,胃溃疡疾病主要因感染幽门螺杆菌或胃酸较多所造成^[11,12]。此研究中研究组接受奥美拉唑联合抗生素进行治疗,从治疗疗效、不良反应,以及患者生活质量评分上均证实了联合给药的优势性。奥美拉唑药物属于质子泵抑制剂药物之一^[13],可明显抑制胃酸分泌,且见效速度较快,作用持久强效。主要应用于治疗卓艾综合征、反流性食管炎、应激性溃疡、十二指肠溃疡、胃溃疡等疾病。此药物耐受性较好,临床常见的不良反应包含便秘、胃肠胀气、腹痛、恶心、头痛、腹泻等,偶尔可见血清氨基转移酶升高,以及失眠、嗜睡、眩晕、皮疹等,此类不良反应往往均较为轻微,持续一段时间后可自动消失,和给药剂量之间无任何关系。长时间治疗未发现严重性不良反应,但偶尔也有患者会发生萎缩性胃炎、胃粘膜细胞增生^[15]。应用此药物治疗胃溃疡疾病时,需排除是否存在胃溃疡型胃癌疾病的可能,因给予此药物治疗会缓解其症状,错失治疗最佳时机。肝肾功能异常者也需慎重选用此药物。奥美拉唑药物为脂溶性弱碱性类药物,可在溶于酸性环境,所以,口服后,在胃黏膜壁细胞分泌小管内存在特异性分布,并在高酸状态下可转变为亚磺酰胺方式,进而生成质子泵与亚磺酰胺复合物,酶活性得到抑制,胃酸分泌被阻断,所以,此药物对各因素所引发的胃酸分泌的抑制作用持久且强效。患者口服此药物后,从小肠吸收,服用后 1h 内见效,血药浓度可在 0.5~3h 中达到峰值,药效作用可持续 24h,可分布在甲状腺、十二指肠、胃、肾、肝等器官组织上,穿透胎盘的可能性较大。往往多剂量生物利用度可达到 60% 左右,单剂量生物利用度可达到 35%,血浆蛋白结合率可达到 96% 左右,血浆半衰期为 0.5~1h。此研究中所采用的抗生素药物阿莫西林,属于半合成光谱青霉素类药物之一,抗菌活性及抗菌谱与氨苄西林药物存在一定相似性,其耐酸性强,杀菌作用快且强,但无法用于治疗脑膜炎疾病。酸性条件稳定下,人体胃肠道吸收率可达到 90%。应用于胃溃疡疾病治疗中,其杀菌作用和细胞壁穿透能力均较强。口服后,药物内酰胺基发生水解,进而产生肽键,快速和菌体中肽酶结合,进而丧失活性,将菌体依赖肽酶合成糖肽进而建立细胞壁的途径切断,让细菌细胞快速演变为球形体,进而发生破裂溶解,而菌体则会因不断渗透水分、细胞壁损失而发生胀裂性死亡。综上,临床治疗

胃溃疡疾病可考虑给予奥美拉唑联合抗生素药物治疗,此方式疗效突出,且安全可靠,值得应用和推广。

参考文献

- (1) 杨瑞琦,毛华,黄丽钰,等. 铝碳酸镁联合艾司奥美拉唑治疗胃溃疡黏膜愈合质量的临床研究(J). 中华消化杂志, 2017, 37(1): 35-40.
- (2) 许秀燕. 46 例胃溃疡患者采用铝碳酸镁咀嚼片联合奥美拉唑治疗的临床效果观察(J). 中国中西医结合消化杂志, 2014, 22(6): 339-340.
- (3) 陈卫东,项婷婷,徐鑫刚,等. 奥美拉唑联合康复新液对胃溃疡患者免疫功能、胃泌素族及 NO 水平的影响(J). 中国生化药物杂志, 2017, 37(3): 168-171.
- (4) 欧阳艳君,张艳梅,李炳东,等. 雷贝拉唑三联疗法对活动期胃溃疡患者组织学愈合质量及溃疡复发的作用分析(J). 现代中西医结合杂志, 2014, 23(20): 2196-2198.
- (5) 孙辉,孙涛,李毅,等. 埃索美拉唑与奥美拉唑三联疗法在 2 型糖尿病合并胃溃疡中的效果比较(J). 中国综合临床, 2015, 31(5): 437-439.
- (6) 李华伟,王立军,张英,等. 奥美拉唑联合铝碳酸镁治疗胃溃疡合并胃出血患者的临床效果及安全性评价(J). 广西医科大学学报, 2016, 33(6): 1050-1052.
- (7) 杜坤庭,葛勤利,杨伟捷,等. 埃索美拉唑与奥美拉唑治疗幽门螺杆菌相关性胃溃疡的临床疗效对比(J). 中国药业, 2016, 25(11): 57-59, 60.
- (8) 刘远红,衣洪利,王冬梅,等. 三联幽门螺杆菌根除疗法与奥美拉唑、铝碳酸镁联合治疗胃溃疡的疗效观察(J). 中国医院用药评价与分析, 2016, 16(11): 1492-1493.
- (9) 魏建华. 四君子汤与奥美拉唑联合治疗复发性幽门螺杆菌阳性胃溃疡的疗效观察(J). 中国医院用药评价与分析, 2016, 16(11): 1522-1523, 1524.
- (10) 谢洲林,李世雄. 埃索美拉唑与奥美拉唑治疗胃溃疡的疗效比较(J). 中国医院用药评价与分析, 2016, 16(11): 1515-1516, 1517.
- (11) 陈玉军,黄佩杰. 分析兰索拉唑、泮托拉唑、奥美拉唑治疗胃溃疡的临床疗效对比(J). 中国实用医药, 2015, 10(31): 142-143.
- (12) 何建军,王艳玲. 奥美拉唑和泮托拉唑分别联合阿莫西林治疗胃溃疡的临床疗效(J). 中外医疗, 2015, 34(26): 118-119.
- (13) 冯足保,王争斌. 奥美拉唑与瑞巴派特联合治疗活动期胃溃疡的疗效及预后分析(J). 中国农村卫生事业管理, 2016, 36(2): 271, 封 4.

生长抑素联合奥美拉唑对高龄重症胰腺炎患者 D-乳酸与二胺氧化酶水平的影响

丘伟杰,池伟文,周向军(中山大学附属第三医院粤东医院重症医学科 梅州 514700)

摘要: 目的 探讨生长抑制素联合奥美拉唑对高龄重症胰腺炎患者 D-乳酸与二胺氧化酶水平的影响。方法 选取我院自 2014 年 2 月~2016 年 2 月收治 104 例重症胰腺炎患者作为研究对象,并利用数字随机法分为 A、B 两组,每组 52 例。其中 A 组患者进行生长抑制素治疗, B 组患者则进行生长抑制素与奥美拉唑的联合治疗,比较两组患者的治疗效果。结果 A 组患者治疗有效率为 82.69%,显著低于 B 组 98.08%; A 组患者肠道功能恢复、腹痛腹胀缓解、平均住院时间以及淀粉酶恢复正常所耗费的时间均显著长于 B 组,且 A 组患者治疗后腹内高压、二胺氧化酶以